OPN-CNEBIFIR
ORGANISMO PARITETICO NAZIONALE

Via Eroi del Lavoro,7 - 04100 Latina (LT)
Tel. 0773-1762559 - C.F.91160560594

RICHIESTA SERVIZIO DI ASSEVERAZIONE CNEBIFIR

MOD.I1 rev.00 del 18/10/2019

DATI AZIENDA							
Ragione Sociale							
Codice ATECO		Matr.INPS		Posiz.INAIL			
P.IVA		C.F.					
Indirizzo Sede Legale				*Civico*			
CAP		*Comune*		Prov.			
Tel.		*E-mail*		Pec			

DATI RAPPRESENTANTE LEGALE AZIENDA							
Nome		Cognome					
Nato a		*il*		Cod.Fiscale			
Residente in		*Via*		N.			
Tel.		Cell.		*E-mail*			

SEDE OPERATIVA N.1							
Codice ATECO		Matr.INPS		Posiz.INAIL			
Indirizzo				*Civico*			
CAP		*Comune*		Prov.			
Tel.		*E-mail*		Pec			

SEDE OPERATIVA N.2							
Codice ATECO		Matr.INPS		Posiz.INAIL			
Indirizzo				*Civico*			
CAP		*Comune*		Prov.			
Tel.		*E-mail*		Pec			

SISTEMA DI GESTIONE DELLA SALUTE E SICUREZA SUL LAVORO ADOTTATO DALL'AZIENDA	
→ *che risponde ai criteri definiti dalle Linee Guida UNI INAIL ISPESL e Parti Sociali*	☐
→ *che risponde a criteri standard e da norme riconosciuti a livello nazionale*	☐
→ *che risponde a criteri standard e da norme riconosciuti a livello internazionale*	☐
→ *Altro (specificare)*_____	

Il Sottoscritto _____ in qualità di _____della Ditta sopra indicata

RICHIEDE

L'ASSEVERAZIONE DEL SISTEMA DI GESTIONE DELLA SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO

D.Lgs. 81/2008 Art. 51 comma 3-bis

Via Eroi del Lavoro,7 - 04100 Latina (LT)
Tel. 0773-1762559 - C.F.91160560594

Il Sottoscritto _____ in qualità di _____della Ditta sopra indicata,a tal fine, consapevole che, per effetto dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, le falsità negli atti o l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia e che la riduzione sarà annullata nel caso in cui il provvedimento sia stato adottato sulla base di dichiarazioni non veritiere,

DICHIARA

1. di essere in regola con gli obblighi contributivi ed assicurativi;
2. che nei luoghi di lavoro di cui alla presente richiesta :
   - ✓ sono rispettate le disposizioni in materia di prevenzione infortuni e di igiene nei luoghi di lavoro;
   - ✓ sono stati effettuati, nell'anno solare precedente, i seguenti interventi di miglioramento delle condizioni di sicurezza ed igiene sul lavoro:

Si allega documento d'identità in corso di validità del richiedente.

Luogo e data _____ Timbro e Firma del Richiedente

_____

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 196/03 e s.m.i.,del Regolamento UE 2016/679, letta l'informativa in allegato fornisco il consenso per il trattamento dei dati personali forniti nel presente modulo e per la loro comunicazione.

Luogo e data _____ Firma per consenso dell'informativa_____

Tipologia documento	Revisione	Approvazione
Modulo	Rev.00 del 18/10/2019	**CDP del 18/10/2019**